問　診　票

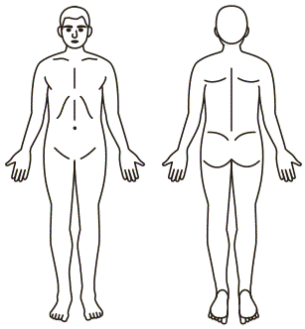
記入日：　平成　　年　　月　　日

フリガナ		性　別	生　年　月　日
氏　名		男 女	明治・大正・昭和・平成 年　　月　　日（　　才）
住　所	〒	電話番号	〈自宅〉 〈携帯〉

身長：＿＿＿＿＿＿ｃｍ　　体重：＿＿＿＿＿＿ｋｇ　　体温：＿＿＿＿＿＿℃

職　業：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　自動車の運転：　有　・　無

１．いつ頃からどのような症状がありますか？
　また、その部位を図にご記入ください。



２．今までにかかった病気、又は現在治療中の病気はありますか？

☐ 高血圧症　☐ 狭心症　☐ 心筋梗塞　☐ 不整脈　☐ 脳梗塞・脳出血
☐ 気管支喘息　☐ 肺結核　☐ 胃・十二指腸潰瘍　☐ 肝臓病　☐ アレルギー疾患
☐ 糖尿病　☐ 腎臓病　☐ 膠原病　☐ 高脂血症・高コレステロール血症
☐ 癌（　　）　☐ その他（　　）

※過去に入院や手術をされたことはありますか？　【　いいえ　・　はい　】
　「はい」の方【病名：　　】　【時期：　　頃】

３．今までに薬や注射などで副作用を起こしたことはありますか？　【　いいえ　・　はい　】
　「はい」の方【症状：　　】【薬剤名：　　】【時期：　　頃】

４．お酒を飲みますか？　【　いいえ　・　はい　（頻度：　毎日　・　週　　回　・　時々　）】

５．タバコを吸いますか？　【　いいえ　・　はい　（頻度：１日　　本　）】

６．女性の方のみお答えください。
　妊娠中ですか？　【　いいえ　・　はい　】

７．該当の方のみお答えください。
　ペースメーカーをご使用ですか？　【　いいえ　・　はい　】

８．介護保険をお持ちですか？　【　いいえ　・　はい　】

９．その他、何かご質問・ご相談等ありましたらご記入ください。

なかねクリニック　院長　中根幸実